

## SCHEDA CAMP 2019

Cognome e Nome PARTECIPANTE \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. 1 n° \_\_\_\_\_ Tel. 2 n° \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Camp scelto \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

### EVENTUALI SEGNALAZIONI SANITARIE

PATOLOGIE

---

---

ALLERGIA a \_\_\_\_\_ trattata con (farmaco) \_\_\_\_\_

ALLERGIA a \_\_\_\_\_ trattata con (farmaco) \_\_\_\_\_

FARMACI AD USO NECESSARIO DURANTE IL CAMP

---

---

NOTE

---

In caso di patologie o allergie è necessario allegare certificato medico relativo alla terapia prevista.

Si autorizza l'utilizzo dei dati personali e sanitari al fine di tutelare la salute di tutti i partecipanti alla vacanza.  
**I dati verranno trattati ai sensi di quanto disposto dal DGPR 2016/679/UE e del d.Lgs. 196/2003.**

### AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PRIVATI\*

Autorizzo l'Organizzazione al trattamento dei dati personali al fine della gestione di tutte le pratiche per il corretto svolgimento della vacanza (autorizzazione obbligatoria)

Autorizzo l'Organizzazione alla diffusione di immagini e video che ritraggono mio/a figlio/a sul sito internet, e sui social network gestiti direttamente ed in esclusiva dall'organizzazione

Autorizzo L'Organizzazione alla diffusione dei dati verso società terze collegate all'organizzazione ai fini dell'invio di offerte e promozioni pubblicitarie

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA della MADRE \_\_\_\_\_

FIRMA del PADRE \_\_\_\_\_